

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 7 juillet 1898, à 1 heure*

Par ALPHONSE-JOSEPH CABON.

Né à Lézardrieux (Côtes-du-Nord), le 11 juin 1868.

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

## HYGROMAS A GRAINS RIZIFORMES

*Président : M. PAUL BERGER, professeur.*

*Juges : MM. CORNIL, professeur.  
SCHWARTZ et ACHARD, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898



467

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Année 1898

# THÈSE

N°

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 7 juillet 1898, à 1 heure*

Par ALPHONSE-JOSEPH CABON

Né à Lézardrieux (Côtes-du-Nord), le 11 juin 1868.

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

## HYGROMAS A GRAINS RIZIFORMES

---



*Président : M. PAUL BERGER, professeur.*

*Juges : { MM. CORNIL, professeur.  
SCHWARTZ et ACHARD, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.*

---

PARIS

HENRI JOUVE, ÉDITEUR

45, rue Racine, 45

1898

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                         |               |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Doyen.</b> . . . . .                                                 | M. BROUARDEL  |
| <b>Professeurs</b> . . . . .                                            | MM.           |
| Anatomie . . . . .                                                      | FARABEUF.     |
| Physiologie . . . . .                                                   | CH. RICHET.   |
| Physique médicale . . . . .                                             | GARIEL.       |
| Chimie organique et chimie minérale . . . . .                           | GAUTIER.      |
| Histoire naturelle médicale . . . . .                                   | BLANCHARD.    |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                         | BOUCHARD.     |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | HUTINEL.      |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | DEBOVE.       |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | LANNELONGUE.  |
| Histologie . . . . .                                                    | CORNIL.       |
| Opérations et appareils . . . . .                                       | MATHIAS DUVAL |
| Matière médicale et pharmacologie . . . . .                             | TERRIER.      |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | POUCHET.      |
| Hygiène . . . . .                                                       | LANDOUZY      |
| Médecine légale . . . . .                                               | PROUST.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | BROUARDEL.    |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | LABOULBENE    |
|                                                                         | CHANTEMESSE.  |
|                                                                         | POTAIN.       |
| Clinique médicale . . . . .                                             | JACCOUD.      |
|                                                                         | HAYEM.        |
|                                                                         | DIEULAFOY.    |
|                                                                         | GRANCHER.     |
| Maladie des enfants . . . . .                                           | JOFFROY.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale . . . . . | FOURNIER.     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | RAYMOND.      |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | TILLAUX.      |
|                                                                         | BERGER.       |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | DUPLAY.       |
|                                                                         | LE DENTU      |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                     | GUYON.        |
| Clinique ophthalmologique . . . . .                                     | PANAS.        |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | N.            |
|                                                                         | PINARD.       |

## Agrégés en exercice.

|            |              |                   |          |
|------------|--------------|-------------------|----------|
| MM.        |              |                   |          |
| ACHARD     | GAUCHER      | MARIE             | SEBILEAU |
| ALBARRAN   | GILBERT      | MÉNÉTRIER         | THIERRY  |
| ANDRE      | GILLES DE LA | NELATON           | THOINOT  |
| BAR        | TOURETTE     | NETTER.           | TUFFIER  |
| BONNAIRE   | GLEYS        | POIRIER, chef des | VARNIER  |
| BROCA      | HARTMANN     | travaux anatomi-  | WALTHER  |
| CHARRIN    | HEIM         | ques.             | WEISS    |
| CHASSEVANT | LEJARS       | RETTERRER         | WIDAL    |
| DELBET     | LETULLE      | RICARD            | WURTZ    |
|            | MARFAN       | ROGER             |          |

*Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A LA FAMILLE E. DELAVIER

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Chirurgien des hôpitaux  
Membre de l'Académie de médecine  
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
HYGROMAS  
A GRAINS RIZIFORMES

---

INTRODUCTION

Il est aujourd'hui reconnu que la tuberculose des synoviales peut revêtir une forme spéciale, par suite de l'adjonction à ses lésions, de productions désignées sous le nom général de grains riziformes.

Ces synovites, sur lesquelles les travaux de Nicaise, de Poulet et Vaillard ont jeté une si vive lumière, sont, on le sait, surtout fréquentes au niveau des gaines tendineuses : la gaine des fléchisseurs du poignet est leur siège de prédilection. Les autres séreuses, cependant n'en sont pas indemnes : les arthrites à grains riziformes sont maintenant bien connues.

Quant aux hygromas de cette nature, on en compte un certain nombre dans la littérature médicale. Ils occupent, pour la plupart, des bourses séreuses dont la disparition anatomique est bien connue, dont les limites sont faciles à reconnaître et dont le diagnostic est aisé. Telles sont les bourses deltoïdienne, rétro-olécranienne, rétro-calcanéenne.

Certains hygromas à grains nous paraissent particulièrement rares ; de plus dans le cas qui nous a fourni le sujet de notre thèse, la tumeur, que l'opération démontra s'être développée dans la bourse séreuse de l'insertion inférieure du grand fessier, se présentait cliniquement sous un aspect bizarre ; avant l'intervention, l'étiquette qu'on pouvait lui appliquer était en somme : tumeur fluctuante de la région inférieure et externe de la cuisse, réductible complètement.

Cette observation d'hygroma à grains riziformes de l'insertion inférieure du grand fessier nous paraît donc intéressante, tant à cause de sa rareté relative, qu'en raison des caractères particuliers qu'elle emprunte à l'anatomie de la région ; nous n'avons d'autre prétention que de joindre ce document à l'étude de la tuberculose des synoviales puisque, l'examen histologique prouve, une fois de plus, dans notre cas, qu'il s'agit là d'une altération spécifique du bacille de Koch.

Nous sommes heureux, en tête de ce modeste travail, d'adresser, à nos maîtres et professeurs de l'Ecole de Rennes nos remerciements pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué.

Que Monsieur le Professeur Berger veuille bien agréer l'hommage de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

## APERÇU ANATOMIQUE

L'étude anatomique des bourses séreuses trochantériennes se trouve bien dans les traités classiques : celle du grand fessier y est à peine indiquée.

Nous lisons dans le *Traité de Cruveilhier* : « plusieurs bourses synoviales favorisant le glissement du grand fessier : une première qui le sépare du grand trochanter est presque toujours multilobulaire ».

Les autres auteurs passent aussi rapidement. Dans une thèse soutenue récemment à la Faculté de Paris, (1) cette lacune est comblée : nous la mettons largement à contribution, pour décrire les bourses séreuses de la région trochantérienne.

Très accentuée, la saillie trochantérienne est intermédiaire au pli de l'aîne qui est en avant et à la gouttière que la tubérosité fémorale limite avec l'ischion en arrière.

Au-dessous de la peau on rencontre parfois une bourse séreuse plus ou moins développée, bien vue et bien décrite par Chassaignac, séparant la peau et son tissu cellulaire du plan musculo-aponévrotique sous-jacent.

1. Thèse 1891. Petit : *Hygroma trochantérien*.

Profondément, avant d'atteindre l'os, on traverse une couche formée en arrière par le grand fessier, plus en avant par la portion iliaque de l'aponévrose fémorale et tout à fait en avant par le muscle tenseur du fascia lata. Farabeuf compare cet éventail fibromusculaire à un grand deltoïde.

L'aponévrose fascia lata présente cette particularité que, large à sa partie supérieure, elle se rétrécit progressivement à mesure qu'elle descend et forme au niveau de la saillie trochantérienne un trousseau fibreux unissant d'une façon très étroite le bord antérieur du grand fessier au bord postérieur du tenseur.

De plus on sait qu'en arrière du grand fessier existe un espace vide, occupé seulement par un tissu cellulo-graisseux lâche.

On peut doré et déjà en conclure qu'une collection froide développée au-dessous du tendon du grand fessier trouvera un large espace pour se développer vers l'ischion et vers l'échancrure sciatique ; en avant, au contraire, elle sera bridée par l'anastomose fibreuse dont nous venons de parler.

Quoi qu'il en soit, voici les bourses séreuses dont nous trouvons la description détaillée dans le travail ci-dessus mentionné.

On peut les diviser en deux groupes :

Groupe antérieur et groupe postérieur.

1<sup>o</sup> Groupe antérieur : « Sur la partie la plus saillante de la face externe du grand trochanter existe une bourse séreuse à contours à peu près régulièrement circulaires. Injectée, elle prend la forme d'un disque :

elle est intermédiaire à l'aponévrose fascia lata qui la limite de très près en dehors et aux tissus qui recouvrent directement le trochanter (insertion du moyen fessier).

Elle peut être le siège de collections pouvant perforer l'aponévrose et venant faire saillie sous la peau tout comme les abcès en bouton de chemise de Velpeau.

2° Le groupe postérieur nous intéresse plus particulièrement.

Il comprend une cavité principale et des cavités accessoires en nombre variable.

« Une vaste synoviale de forme elliptique à grand diamètre vertical est interposée entre le tendon du grand fessier et le bord postérieur du grand trochanter ».

Elle mesure de six à sept centimètres de hauteur sur trois à cinq de large. En arrière elle s'étale librement dans la région cellulo-adipeuse de la gouttière du nerf sciatique.

En avant elle s'insinue entre le plan aponévrotique du fascia lata qui en limite l'incursion et le plan osseux fémoral.

Cette bourse séreuse, par ses dimensions et sa consistance, est certainement la plus importante de la région.

Lorsqu'on l'injecte elle prend la forme d'un ovoïde proéminent surtout en arrière où l'injection la rompt souvent.

Pour expliquer le développement en bissac que pré-

sentait la collection dans le cas que nous étudions il faut admettre qu'un prolongement de cette bourse séreuse s'était engagé au-dessous du fascia lata, se creusant un passage, sorte de détroit établissant la communication entre les deux poches.

Un des caractères cliniques de l'hygroma que nous avons observé, s'explique au moyen de ces connaissances anatomiques.

On sait que le grand fessier est, avant tout, et les recherches de Duchenne de Boulogne le prouvent surabondamment, un extenseur de la cuisse; correspondant au relâchement du muscle et de l'aponévrose, le prolongement superficiel disparaissait, pour reparaître, au moment où l'extension tendait les fibres.

## Observation I (personnelle)

Recueillie dans le service de M. Reclus.

Le 18 janvier 1898. — Il entre à l'hôpital Laënnec, un jeune homme de 21 ans, originaire du Cantal, V..., J..., qui présente une tumeur au niveau de la partie supérieure et externe de la cuisse.

Il y a un an environ, raconte le malade, en travaillant dans les champs, le manche d'une charrue, dans un soubresaut du soc, vint heurter la face externe de la hanche. Pareil accident s'était produit plusieurs fois, n'entraînant jamais du reste de complication quelconque. C'est à l'occasion de ce

dernier traumatisme, aussi léger que les précédents, que le malade constata l'existence, probablement antérieure, d'une tumeur grosse comme le poing, siégeant à la partie supérieure et externe de la cuisse. Cette tumeur totalement indolore, molle, était dépressible avec le doigt. Un médecin consulté prescrivit des vésicatoires, après l'application desquels la tumeur aurait diminué de volume, temporairement toutefois, car bientôt après elle grossissait progressivement, finissant par inquiéter le malade et le décidant à entrer à l'hôpital.

A l'examen du malade, on trouve à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, une tumeur allongée dans le sens vertical, oblongue, mesurant suivant son plus grand axe environ dix centimètres de longueur.

La peau est absolument normale à son niveau, comme coloration, comme épaisseur, comme sensibilité.

Au palper de la tumeur, l'on éveille aisément de la fluctuation.

Dans les mouvements de la cuisse, flexion, abduction combinée, la tumeur s'efface, disparaît à la vue et au palper, pour réapparaître dans l'extension et l'abduction.

Au cours de ces mouvements d'exploration, la main appliquée à plat perçoit une espèce de frottement, une vague crépitation, comme des vibrations, rappelant la sensation si particulière que donne la palpation d'une synovite à grains riziformes.

La pression au niveau de la tumeur permet sa réduction totale, dans la profondeur, sans que l'on puisse retrouver une modification quelconque, par cette manœuvre, d'une des régions voisines.

Le toucher rectal est négatif.

L'exploration de la tumeur est totalement indolore ; les

mouvements spontanés ou provoqués du membre inférieur, sont parfaitement conservés et ne réveillent pas de douleurs.

L'examen de la colonne vertébrale, de l'os iliaque, du fémur, des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales, reste négatif. L'abdomen, du reste, ne présente aucune modification apparente.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

L'état général du malade est bon. Appétit conservé, digestions normales.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on trouve une modification sensible de la respiration qui est rude, avec quelques craquements, et la percussion y décèle une submatité légère.

Le malade dit s'enrhumer facilement l'hiver.

Il est sujet à des épistaxis fréquentes.

L'appareil circulatoire est sain.

Les testicules sont normaux. Pas de fistules à l'anus.

A 12 ans, le malade aurait eu une affection intestinale mal définie, qui aurait duré trois mois, et se serait accompagnée de diarrhée chronique. Depuis il aurait toujours été bien portant.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à 64 ans. Bacillaire après trois ans de maladie. Son fils avait alors quinze ans.

Mère vivante et bien portante.

Deux frères et une sœur bien portants.

Trois oncles maternels, un oncle paternel bien portants.

*Interventions.* — Le 29 janvier une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz ramène du liquide louche.

Le 1<sup>er</sup> février, ponction avec un trocart assez volumineux qui ramène du liquide louche tenant en suspension une cer-

tainé quantité de grains riziformes. Une injection modificatrice d'éther iodoformé est pratiquée.

Pendant les trois ou quatre jours qui suivirent l'injection d'éther iodoformé, légère douleur qui oblige le malade à garder le lit. Puls, la marche devient de nouveau facile, sans difficulté.

A la suite de cette intervention, la tumeur ne subit pas de modification notable.

Le 11 mars une opération sanglante est décidée. Anesthésie au chloroforme.

Incision de dix centimètres sur la tumeur. Le bistouri rencontre successivement la peau, du tissu cellulaire épaissi condensé et l'on tombe sur la poche fluctuante. On s'apprête à recueillir du liquide ; une ponction au bistouri est faite dans la poche : rien ne s'écoule. Une large incision de la poche est pratiquée ; elle livre passage à une très petite quantité de liquide louche, et à une masse considérable de grains riziformes typiques.

Le doigt introduit dans la poche évacue encore une grande quantité de grains riziformes et découvre un prolongement très profond, dont il ne peut atteindre les limites, qui s'enfonce vers la fesse, au-dessous de la masse musculaire du fessière.

Il existe de plus un prolongement bien moins important qui descend en arrière vers l'ischion

Une incision perpendiculaire à la première ouvre, ce prolongement à ciel ouvert.

La poche nettoyée dans toute sa partie accessible laisse voir une membrane très épaisse, d'aspect fibreux, qui limite ses parois. La curette tranchante n'entame point ce revêtement résistant. La dissection de la poche est alors tentée.

L'incision première est prolongée vers la fesse : elle inté-

resse dans sa partie extrême une épaisse couche musculaire qui représente le bord inférieur du grand fessier. La poche est alors assez facilement disséquée dans ses parties accessibles à la vue, et le prolongement sous-fessier qui s'enfonce au-delà de l'incision est attiré avec des pinces à kystes et finalement excisé en totalité. La membrane de revêtement de la poche était particulièrement adhérente à la partie externe et inférieure du grand trochanter qui fut mis à nu.

Entre la poche fessière et la poche sous-cutannée, il existait une bride aponévrotique très puissante, verticale, bridant fortement le doigt comme une corde tendue, lorsqu'on l'enfonçait vers la poche fessière. Dans la flexion de la cuisse cette bride se détendait. Elle a été sectionnée.

L'hémostase fut facile. Un drain fut laissé à la partie déclive de la poche. La peau fut suturée aux crins de Florence.

Pansement.

Les suites opératoires furent des plus simples. Drain enlevé trois jours après l'opération, plaie en parfait état.

Les points de suture sont enlevés le dixième jour ; la cicatrisation est parfaite, sauf l'orifice de passage du drain qui se cicatrise quelques jours après.

La température du malade était toujours restée à la normale.

Le malade sort le 1<sup>er</sup> avril complètement guéri.

## EXAMEN HISTOLOGIQUE (1).

La face interne de la poche présente un aspect blanchâtre : elle est soulevée par places, par des grains sessiles, de petit volume.

Sur une coupe, la paroi de la poche se montre constituée par trois couches nettement distinctes :

1° La portion la plus interne, limitant la cavité, est formée de bandes vitreuses, amorphes, se colorant uniformément et assez fortement par des couleurs acides (rosine), non colorables par la thionine. Par la fuschine picriquée, on obtient la coloration de la « nécrose de coagulation » de Weigert. Ces bandes vitreuses sont séparées par quelques travées de tissu conjonctif présentant quelques noyaux plus ou moins irréguliers et mal colorés. Cette portion se détache en partie de la surface en formant une saillie dans la cavité de l'hygroma.

2° Plus en dehors, on rencontre un tissu inflammatoire formé de cellules conjonctives tuméfiées, proliférées, dirigées en tous sens, au milieu desquelles sont disséminés de petits noyaux, des cellules rondes. Ici encore quelques bandes minces de nécroses de coagu-

1. Dû à l'obligeance de M. Labbé, interne des hôpitaux.

lation. Dans ce tissu, on rencontre des capillaires et des vaisseaux sanguins embryonnaires nombreux. Les artères sont atteintes de lésions d'endartérite et presque oblitérées.

3° Enfin la portion externe est représentée par du tissu franchement tuberculeux : au milieu d'un tissu inflammatoire ayant la même constitution que la couche.

4° On trouve des follicules tuberculeux, très nombreux : les uns, constitués uniquement par des cellules géantes entourées par du tissu conjonctif ; les autres formées par des cellules géantes, entourées par des cellules épithélioïdes. Aucune ne possède de couronne embryonnaire.

En somme, nodules tuberculeux, déjà anciens, pas de nodules embryonnaires, sclérose pérítuberculeuse. On ne rencontre ni zone caséuse, ni bacille de Koch.

## Observation II

Hygroma énorme à grains riziformes de la cuisse droite.

Une femme de 24 ans, domestique, entre dans le service de M. Nicaise, à l'hôpital Laënnec, le 15 avril 1885 pour une tumeur de la cuisse droite.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort subitement à 61 ans ; mère morte à 62 ans, ayant eu des rhumatismes et une af-

fection du cœur. La malade a quatre sœurs bien portantes.

*Antécédents personnels.* — Coqueluche à l'âge de quatre ans, forte bronchite en 1881. La malade a été réglée à l'âge de 12 ans et demi, les règles sont régulières, assez abondantes ; quelquefois il survient des flueurs blanches.

Au mois de septembre 1884, la malade tombant de sa hauteur, sur la face externe de la cuisse droite, se fit une contusion assez forte, mais put néanmoins continuer ses occupations.

Dans les premiers jours de mars 1885, elle s'aperçut de l'existence d'une tuméfaction à la face externe de la cuisse, son attention ayant été attirée seulement par l'augmentation de volume de la région. Cette tuméfaction n'était le siège d'aucune douleur, elle s'accompagnait d'une sensation de gêne quand la malade avait travaillé. La tumeur aurait augmenté légèrement depuis le mois de mars et serait devenue plus dure ; mais en résumé la malade ne peut signaler de changements importants survenus depuis le jour où la tumeur a été remarquée.

L'état général n'a pas été affecté et est resté très bon : la malade a travaillé jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, le 15 avril 1885.

On constate alors à la face externe et postérieure de la cuisse une tumeur, dont le bord supérieur paraît à 9 ou 10 centimètres audessous du bord supérieur du gros trochanter ; son bord intérieur étant à 10 ou 11 centimètres plus bas, tandis que dans sa longueur, la tumeur mesure 20 centimètres ; elle est divisée en deux lobes, par une dépression formée par l'aponévrose du tenseur, du fasciialata, le lobe postérieur étant le plus volumineux.

La circonférence du membre, prise au niveau de la tumeur à 17 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supé

rière, est de 60 centimètres à droite, et de 53 centimètres à gauche.

La peau est normale, mobile, les veines sous-cutanées sont plus apparentes ; la consistance de la tumeur est partout la même, elle est molle et donne la sensation d'une fausse fluctuation ; elle est tendue et immobilisée par la contraction des muscles de la cuisse. Elle ne change pas d'aspect dans la situation verticale. L'examen ne détermine de douleurs en aucun point ; mais on trouve une augmentation de volume des ganglions supérieurs du pli de l'aîne et des ganglions iliaques du côté droit. Les viscères examinés successivement sont sains ; le malade quoique ayant la peau blanche et l'apparence lymphatique, semble d'une bonne constitution : elle est robuste.

Une ponction exploratrice faite antiseptiquement est pratiquée le 18 avril avec l'aspirateur Potain, la canule du trocart semble jouer assez librement dans une cavité, mais il ne sort pas une goutte de liquide, ni sang, ni sérosité.

La canule renferme quelques débris formés de matière amorphe et de cellules embryonnaires. Cette ponction n'amène aucun changement dans la tumeur.

La malade est examinée par plusieurs chirurgiens, mais le diagnostic reste indécis ; la tumeur est sous-aponévrotique et l'on hésite entre un lipome, un sarcome ou un myxo-sarcome ; c'est à cette dernière opinion que se rattachait M. Nicaise.

L'opération est fixée au 30 avril ; à cette date, il est à remarquer que la tumeur ne paraît pas avoir changé depuis l'entrée à l'hôpital. Il fut ce jour-là impossible d'endormir la malade, chez laquelle le pouls devenait petit et nettement intermittent, la respiration s'arrêtait, la pupille après s'être contractée se dilatait brusquement ; après des tentatives

assez prolongées, M. Nicaise remit l'opération à un autre jour.

Celle-ci fut faite le 8 mai en présence de M. Poulet. La malade fut endormie selon la méthode de M. Paul Bert, avec des mélanges titrés d'air et de chloroforme. La chloroformisation fut rapide et parfaite : la malade avait été soumise en outre préalablement à des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

Les divers diagnostics portés étaient erronés ; il s'agissait d'un kyste à grains riziformes ; pendant la dissection de la tumeur, recouverte par places d'une couche assez épaisse de tissu graisseux, une incision donna issue à une énorme quantité de ces grains sans aucun liquide ; les grains pesaient ensemble 390 grammes.

Une partie de la paroi du kyste fut excisée, le reste fut gratté avec la curette tranchante ; l'on fit une contre-ouverture dans la partie profonde de la poche, sur la face postérieure de la cuisse pour y placer un gros tube à drainage.

La plaie et la cavité sont lavées avec la solution phéniquée forte ; une partie de l'incision est réunie par des fils d'argent, qui traversent l'aponévrose ; des drains sont placés et l'on panse avec la poudre d'iodoforme et la gaze phéniquée.

Malgré l'emploi rigoureux de la méthode antiseptique, il y eut de la suppuration de la poche, ce qui s'explique par la nature de la tumeur, c'est du reste la seule complication qui survint.

Le 3 juin, la guérison est presque complète, sauf un trajet fistuleux qui existe au niveau du drain postérieur.

Il y a une atrophie assez notable de la cuisse, portant surtout sur le triceps fémoral ; l'état général est bon ; cependant la malade est pâle et elle a maigri ; elle pesait 62 kilogrammes en février, elle en pèse 51 1/2 le 18 juin, soit une diffé-

rence de 10 kilos 1/2, ce que l'on peut attribuer en partie à l'opération et à ses suites.

Les tumeurs était située au-dessous du bord inférieur du grand fessier, entre l'aponévrose fémorale et les muscles vastes externe et la portion externe du biceps ; la poche ne présentait pas de cloisonnements. La paroi très adhérente aux tissus sous-jacents, était rougeâtre, molle, tomenteuse ; en plusieurs points elle était recouverte de dépôts d'un jaune clair, d'apparence fibrineuse, et dont quelques-uns avaient le volume d'une amande ; ils furent enlevés avec la curette tranchante.

Il n'y avait pas de liquide dans le kyste ; pas de pus fluide, ni de pus concret, ni de matière caséreuse, seulement des grains riziformes. La tumeur s'était développée dans le tissu cellulaire lâche situé à la face interne de l'aponévrose, ou peut-être aurait-elle pris naissance dans une bourse séreuse située sous le bord inférieur du grand fessier.

## SYMPTOMATOLOGIE

De la majorité des observations d'hygroma tuberculeux, à grains riziformes, le début fut d'une brusquerie absolue. Chez tel malade, c'est l'apparition d'une tumeur, la déformation locale seule qui attire l'attention.

Chez d'autres, cependant, qui semblent être la majorité, de la gêne plutôt que de la douleur véritable accompagne certains mouvements du membre. Chez une malade qui avait un hygroma tuberculeux hordéiforme de l'épaule, des douleurs lancinantes, irradiant le long du bras, la décidèrent à demander l'intervention chirurgicale (Sydney-Jones) (1).

La tumeur a un développement variable avec le développement de la bourse séreuse frappée, avec l'âge de la maladie, et atteint quelquefois des proportions considérables. La tumeur opérée par Nicaise (voir observation ci-dessous) est une des plus volumineuses observées.

Elle renfermait près de 400 grammes de grains riziformes. Fischer (2) opéra un hygroma hordéiforme de

1. Jones Sydney. *The Lancet London*, 1869.

2. Fischer. *Lehrbruf der allgemeiner chirurgie*, page 489.

la bourse iliaque contenant une pleine terrine de grains. Au niveau de la tumeur la peau n'est ordinairement pas modifiée. A une époque lointaine de l'évolution, cependant, elle peut être ulcérée ; la bursite à grains riziformes peut se transformer en bursite fongueuse comme les synovites de même nature.

Mais le plus souvent dans les hygromas tuberculeux jeunes, la peau était saine. M. Campenon (1) remarqua, dans un cas, une légère dilatation des veines cutanées au niveau d'un hygroma préscapulaire.

La tumeur de l'hygroma hordéiforme est généralement bien délimitée. Elle a une forme variable suivant son siège : arrondie, discoïde, allongée, bilobée. Les téguments sont mobiles sur elle : elle est elle-même quelquefois mobile sur le plan profond. Quelquefois aussi elle adhère par sa face profonde aux tissus péri-squelettiques, comme chez le malade dont nous rapportons l'observation et dont l'hygroma adhérait fortement à la face externe du trochanter.

Les limites de la tumeur sont surtout difficiles à préciser lorsqu'elle siège sous un muscle. Le type en est l'hygroma sous-deltoidien. C'est dans la position du relâchement du muscle que l'examen doit être pratiqué.

Dans certains mouvements, les tendons qui brident la face superficielle de la bourse enflammée, comme dans la bursite hordéiforme de la patte d'oie, la compriment, la fixent et modifient sa consistance qu'elles font augmenter jusqu'à cacher sa fluctuation.

1. Campenon. *Loco citato*.

La fluctuation est, en effet, un des caractères saillants de l'affection. On la retrouve signalée dans toutes les observations où elle est aisément affirmée.

Sydney Jones ne la constata que difficilement cependant dans un hygroma sous-deltôïdien. Ce ne peut être toutefois une sensation franche de fluctuation ; car très souvent le contenu liquide de l'hygroma est nul, et ce sont les seules masses hordéiformes qui donnent la sensation de pseudo-fluctuation, comme dans les synovites à grains riziformes.

La tumeur de l'hygroma est le plus souvent irréductible. Lorsqu'elle siège au voisinage immédiat d'une articulation, ce caractère est d'une grande importance, puisqu'il marque l'indépendance de la tumeur et de l'article. Cependant, lorsqu'il existe deux poches communicantes, comme dans l'hygroma fessier, dont nous rapportons l'observation, l'on conçoit que la réductibilité de la poche accessible puisse se faire dans la poche cachée. De plus, il peut exister une sensation de fausse réductibilité, lorsque, au cours de certaines attitudes, un muscle, une aponévrose, un groupe de tendons, susjacents à la tumeur, la masquent, la dissimulent par leur contraction ou tension : la tumeur disparaît, s'évanouit, se réduit.

Les symptômes douloureux dont nous avons noté les caractères à l'apparition de la tumeur persistent à la période d'état. La douleur spontanée est généralement nulle. Certains mouvements s'accompagnent d'une sensation de gêne, rarement d'une sensation de douleur véritable. Parfois, c'est simplement un sentiment de

faiblesse qui accompagne l'exécution de certains mouvements. La pression, les tentatives de réductibilité n'éveillent le plus souvent aucune douleur.

Un signe de la plus haute importance, dans la symptomatologie de l'hygroma tuberculeux, à grains riziformes, signe presque pathognomonique de cette variété anatomique des bursites tuberculeuses, c'est une crépitation particulière, une espèce de froissement, de bruissement rappelant la sensation de la neige qu'on écrase. Ce bruit, dit bruit de chaînon (Dupuytren), bruit de grains, est caractéristique, et la sensation en est si particulière que, une fois perçue, elle ne saurait être confondue avec d'autres crépitations.

Dans la plupart des observations que nous avons compulsées, ce signe avait été noté ; le malade en a parfois conscience lui-même, pendant certains mouvements du membre. Alphonse Robert, Gosselin, Forget, l'auraient signalé dans des hygromas tuberculeux hordéiformes. Mais il peut malheureusement faire défaut bien que son absence soit l'exception. De plus, il a été constaté dans des tumeurs d'autre nature que celles qui nous intéressent.

La pathogénie de ce phénomène a été fixée par Michon (1), à propos des synovites à grains riziformes, dont la parenté avec les hygromas hordéiformes est toute évidente.

Trois conditions sont nécessaires, dit Michon, à la production de ce bruit :

1. Michon. *Des tumeurs synoviales de la partie inférieure de l'avant-bras*. Th. de concours de clin. chir., 1851.

1° Il faut d'abord l'existence de corpuscules dans une poche liquide ;

2° Une poche présentant un rétrécissement naturel ou artificiel, permanent ou passager ;

3° Enfin, le passage possible du liquide chargé de ses corpuscules d'un côté à l'autre, de manière qu'il y ait frottement. Et pour édifier ces règles pathogéniques, Michon avait fait l'expérience suivante : une vessie est remplie d'eau tenant en suspension des grains de riz. L'exploration de cette vessie suivant tous les modes possibles, sa palpation, sa percussion, ne permettent d'obtenir nul bruit de chaînons.

Un lien circulaire comprime une partie de la vessie qui de tumeur sphérique devient une tumeur en bissac. La recherche de la fluctuation dans cette condition révèle avec une netteté parfaite la production du bruit de grains. Le bruit est produit par le frottement des grains contre l'anneau et par la vibration du liquide au travers du détroit. Maintes conditions suffiront à empêcher la constatation du symptôme : liquide insuffisant, grains trop rares, défilé trop large, ou, au contraire, collier trop étroit pour permettre le passage des grains d'une poche dans l'autre. Telles sont les conclusions de Michon, et de fait, la clinique les a consacrées le plus souvent en ce qui concerne les synovites hordiformes.

Dans les observations de bursites à grains riziformes, la crépitation neigeuse était presque constamment signalée, et cependant la forme de la tumeur était souvent décrite comme régulière, sans bouclures ni étran-

glements. Dans l'observation que nous avons recueillie, le bruit de chaînon existait, mais à la vérité la poche était bilobée en quelque sorte, bridée par une corde aponévrotique dépendant du fascia lata qui pouvait jouer le rôle de lien circulaire de Michon, entourant la vessie.

Mais dans notre observation aussi, la quantité du liquide était infime, et cependant le bruit de neige existait.

L'état bilobé n'est certainement pas nécessaire pour produire le bruit de chaînon; dans la plupart des hygromas, la tumeur était régulière, et il semble que la pression alternative des deux mains suffit à le provoquer.

Mais ce bruit de chaînon peut même exister, dans des cas de kyste à contenu absolument liquide, sans grains riziformes ou grumeaux de pus.

M. Lejars rapporte à ce sujet une observation des plus démonstratives (1).

Il s'agit d'un homme de 63 ans, entré à la Pitié, qui présente une déformation du pied droit consécutive à une fracture malléolaire vicieusement consolidée. Le pied est rejeté en dedans, les deux os de la jambe sont coudés au-dessus des malléoles. Le cou de pied forme une voûte convexe en dos d'âne, tourné en haut et en dehors, et sur lequel glissent un peu déviés les tendons extenseurs. A ce niveau il existe une tumeur formant une double bosselure divisée par une rigole

1. *Revue de la tuberculose*, 1893.

profonde due au ligament annulaire antérieur. Les deux poches sont tendues, mais bien fluctuantes. En exerçant des pressions alternatives sur l'une et sur l'autre, on obtient cette crépitation multiple, ce froissement spécial des kystes à grains. Ce bruit de chaînon est d'une netteté parfaite. Une intervention est décidée :

*Emission de la poche.* Il s'écoule un liquide pur, sans grains.

La poche est irrégulière sur sa face interne et semée par place d'une sorte de feutrage. Elle est extirpée. L'examen histologique montre une paroi fibreuse assez vasculaire sans trace de tuberculose.

« Quoi qu'il en soit, l'on peut conclure avec M. Lejars, qu'il existe deux conditions à la production du bruit de chaînon : 1° un étranglement naturel ou artificiel de la poche.

2° La présence de grains dans le contenu.

Mais il semble que l'un ou l'autre suffit à lui seul et que le bruit spécial puisse se produire : dans une poche bilobée qui n'en renferme pas. Haïtons-nous d'ajouter que, dans la majorité des cas, le bruit classique, bien et dûment observé, mérite le crédit qui lui est accordé ».

Nous répétons que dans les observations que nous avons eu l'occasion de colliger ce bruit de chaînon existait dans des tumeurs qui n'étaient point bilobées et que toutes les fois qu'il fut constaté l'opération montra la présence de grains riziformes.

## MARCHE ET PRONOSTIC

Dans tous les cas d'hygroma à grains riziformes dont nous avons retrouvé l'observation clinique, une intervention chirurgicale a été pratiquée, qui a entravé ou modifié la marche naturelle de la lésion.

S'il est permis de croire que toute la pathologie des bourses séreuses est calquée sur celle des synoviales tendineuses, comme sont calquées son histologie et sa physiologie, la transformation fongueuse des produits riziformes et de la paroi de l'hygroma, doit être un fait fréquent dans l'histoire de ces produits hordéiformes. Des malades chez qui on constate tardivement une tuberculose fongueuse d'une bonne séreuse n'ont peut-être qu'un hygroma à grains méconnu et transformé. Le malade de M. Quénu, dont nous rapportons l'observation, est un exemple de cette transformation. Opéré par une incision suivie de grattage, d'un hygroma à grains riziformes, il vit après une guérison apparente de la plaie opératoire, celle-ci se réouvrir et devenir fongueuse. C'est bien là le processus de la transformation de la synovite à grains et synovite fongueuse, comme Terrier et Verchère en ont rapporté des exemples (1).

1. Terrier et Verchère. *Revue de chirurgie*, 1882. *De la synovite tuberculeuse tendineuse*.

Le marche des hygromas tuberculeux comme celle de la plupart des tuberculoses locales est lente. Sans doute ils peuvent guérir ; mais à échéance plus ou moins lointaine ils peuvent entraîner une propagation ou une généralisation tuberculeuse. Le malade de Quénu vit apparaître en même que les fongosités de son hygroma, un abcès froid dans les masses musculaires de son avant-bras, puis des hémoptysies, de la toux, de la fièvre, et finalement il mourait tuberculeux avéré.

M. Tillaux rapporte de même une résection de l'épaule qu'il pratiqua chez un malade dix ans après avoir opéré un hygroma sous-détoïdien et cette observation établit le danger de la propagation possible d'un hygroma tuberculeux à une articulation sous-jacente.

Quand l'hygroma hordéiforme n'entraîne point de telles complications graves, le pronostic n'en est point moins grave ; l'hygroma peut évoluer vers la transformation fongueuse, l'ouverture spontanée, avec ses supurations et ses fistules interminables.

L'observation qui suit est un exemple de cette transformation possible en hygroma fongueux.

### Observation III

De Quénu. *In* th. de Pardo de Tavera. Obs. XIII, page 3.  
Hygroma à grains riziformes de la bourse de la patte d'oie.

Le nommé Ach..., cocher, entre le 26 février 1889 à l'hôpital Beaujon, deuxième pavillon, lit 50.

Cet homme est entré à l'hôpital pour se faire soigner d'une grosseur qu'il porte à la partie interne du genou gauche. Il paraît avoir un bon état général ; il ne semble pas avoir présenté des symptômes de scrofule dans son enfance. Ses antécédents morbides se réduisent à une rougeole qu'il eût vers l'âge de six à huit ans et à une syphilis contractée en 1872, pour laquelle il a pris des pilules de protoïodure et de l'iode de potassium.

La grosseur du genou a débuté il y a 18 mois ; elle était alors du volume d'une noix ; puis, elle a augmenté assez rapidement, pour rester stationnaire jusqu'à il y a quelques semaines. Cette grosseur paraît avoir occasionné dès le début des symptômes douloureux et de la gêne soit dans la station debout, soit dans la marche. Elle a été traitée par des applications de teinture d'iode depuis plusieurs mois.

Le 28 février. — La tumeur est grosse comme une orange : elle occupe la partie supérieure et interne de la jambe gauche ; elle est peu mobile sur les parties profondes surtout lorsqu'on immobilise la jambe en extension ; elle est alors comme bridée et aplatie par les tendons de la patte d'oie.

Les limites de la tumeur ne sont pas très nettes : il y a

autour d'elle comme une sorte d'empâtement des parties molles. La peau est elle-même légèrement œdématisée. Ces caractères, joints à la fluctuation localisée au centre de la masse avaient fait penser à plusieurs assistants qu'il s'agissait d'une gomme périostique ; mais, en pratiquant une palpation plus rigoureuse, on arrive à mieux délimiter le siège anatomique de la lésion et à reconnaître que c'est bien dans la bourse séreuse de la patte d'oie que le mal est placé.

En outre, en recherchant la fluctuation et en appliquant les deux mains à une certaine distance l'une de l'autre, on sent très nettement cette sorte de crépitation décrite par Dupuytren sous le nom de bruit de chaînon.

Nous portons le diagnostic d'hygroma avec corps étrangers.

L'articulation du genou est saine et la santé générale paraît bonne.

Le 21 mars, nous opérons la malade par l'incision de la poche et le grattage. Nous constatons que la lésion siège bien à la face profonde des tendons de la patte d'oie et l'incision donne issue à un liquide filant, légèrement teinté de sang et renfermant comme une matière fibrineuse (grains riziformes) en très grande abondance.

Pansement de Liotées, compression et drainage.

Le 28 mars. — La plaie est complètement cicatrisée, il reste seulement une induration étendue, une sorte de plaque au lieu occupé par l'hygroma.

Quelques jours après, le malade se plaint de souffrir dans le bras droit. En l'examinant, nous trouvâmes en effet un point douloureux et gonflé à la face postérieure de l'avant-bras, un peu au-dessus du poignet.

Le 8 avril. — La main est légèrement œdématisée. Mais il n'y a pas de changement de coloration de la peau.

La région douloureuse est occupée par une tuméfaction profonde de volume d'un œuf de poule, manifestement fluctuante. Nous en pratiquons l'incision ; il en sort un pus épais, grumeleux, ayant tous les caractères du pus tuberculeux.

En même temps nous nous apercevons que la plaie du genou gauche qui était complètement fermée s'est rouverte et qu'il en sort comme un tissu fongueux.

Malgré les résultats négatifs de l'auscultation pulmonaire, devant cet aspect spécial de la plaie recouverte, nous rappelant cette espèce de mastic qui en était sorti, et, d'autre part, assistant à la formation aiguë, pour ainsi dire, des abcès dans l'épaisseur de l'extenseur commun, abcès survenu sans fièvre, abcès dont le contenu avait également des caractères suspects, nous émîmes l'hypothèse qu'il s'agissait probablement d'une tuberculose locale, en train de se généraliser. L'événement confirma notre pronostic.

Une semaine après, le malade fut pris de toux, de fièvre et pendant quelques jours présenta des hémoptysies.

Nous avons revu le malade au mois d'août, la tuberculose avait fait des progrès considérables. A l'auscultation de la poitrine, on entendait des râles sous-crépitants aux deux sommets et du souffle caverneux à l'un deux. Le malade est méconnaissable, il est pâle, amaigri, il tousse constamment il est arrivé en un mot à la dernière période de la cachexie tuberculeuse.

1. Forget *Hygroma à grains riziformes de la bourse de la patte d'oie* (Forget, *Bull. Soc. chirurgie*, § 56. Mort).

## DIAGNOSTIC

Parmi les symptômes que nous avons observés dans les bursites hordéiformes, c'est le symptôme de la crépitation neigeuse qui entraîne son diagnostic.

Il n'est pas pathognomonique, puisqu'il manque quelquefois et puisqu'on l'observe en dehors des kystes à grains ; mais sa valeur n'en est pas moins considérable : il a la même valeur que le frémissement dans le kyste hydatique, qui, lui non plus, n'est pas pathognomonique, mais est néanmoins un signe de première importance. On le rencontre, nous le savons, avec les mêmes caractères dans les synovites à grains riziformes ; mais la localisation de ces synovites le long des gaines tendineuses, dont elles épousent la forme et les rapports anatomiques, permettent le diagnostic différentiel de la synovite et de la bursite.

Lorsque l'hygroma hordéiforme n'est pas crépitant, on peut le confondre avec les autres formes anatomiques de la tuberculose des bourses séreuses : hygroma séreux, fongueux ou myxomateux.

Le diagnostic en est pour ainsi dire impossible à faire sans le secours de la ponction exploratrice ou de l'incision, qui démontrent l'absence de grains, la pré-

sence de granulations tuberculeuses sur la paroi de la bourse, un contenu caséux ou purulent, une matière gélatiniforme, tremblotante suivant les variétés anatomiques.

L'hygroma chronique simple, est ainsi très souvent, d'un diagnostic différentiel malaisé : la fluctuation très nette, bien franche, la marche lente et l'absence de transformation fongueuse, demeurent en sa faveur. Mais dans certaines variétés, les difficultés sont encore accrues.

Les hygromas proliférants produisent à la surface de leur cavité des végétations fibreuses, quelquefois calcaires, qui se pédiculisent, puis rompent leur pédicule, et tombent, véritables corps étrangers, dans la masse liquide de l'hygroma, ces corps étrangers seraient capables par leur conflit réciproque de provoquer un pseudo-bruit de chaînon.

De même les goutteux, dit Pannard, sont capables de développer dans leurs bourses séreuses des concrétions uratiques, qui jouent le rôle de corps étrangers (1).

Mais si ces hygromas proliférants, dont le processus est identique à celui de l'arthrite sèche, sont capables, dans certains cas de donner lieu à la palpation, à un « frémissement grenu » la sensation ne rappelle que d'assez loin la véritable crépitation neigeuse. De plus l'examen de la paroi de la bourse, ne permet pas d'hésitation : au lieu de la paroi lésée, régulière, unie de

1. Pannard. *Bull. Société chirurgie*, 1874, p.584.

l'hygroma tuberculeux l'on trouve dans l'hygroma proliférant une paroi hérissée de végétation, de polypes fibro-cartilagineux ; au lieu de grains riziformes typiques, bleuâtres, compacts, homogènes, formés de substance fibrinoïde, on trouve des corpuscules de forme, de volume et de consistance variables, de nature fibro-cartilagineuse. L'hésitation ne saurait être permise.

Lorsqu'un hygroma chronique se transforme sous l'influence d'un traumatisme ou par pachybursite hémorragique en un hygroma hémorragique, la crépitation sanguine du caillot pourrait être prise pour de la crépitation neigeuse. Mais l'histoire clinique qui souvent révèle le traumatisme ; l'apparition tardive et rapide de la crépitation coïncident avec une poussée aiguë dans l'évolution de l'hygroma, la disparition progressive et aisée par résorption de l'hématome, et enfin les caractères spéciaux de la crépitation sanguine, apparaissant par l'écrasement des caillots, sont autant de particularités qui entraînent le diagnostic.

Lorsque l'hygroma à grains riziformes siège dans une région voisine d'une articulation, comme dans la bourse sous-delhoïdienne, la bourse prérotulienne, la bourse de la patte d'oie, il pourrait être confondu avec une arthrite, notamment une arthrite sèche ou à grains (cas de London : *hygroma sous-delhoïdien*). Mais l'intégrité des mouvements de l'article, la localisation en un point de l'articulation de la lésion lèvent ordinairement les doutes (1).

1. Landow. *Ueber die Bedeutung des Fasertoffes und Seine*

La syphilis qui s'attaque aux bourses séreuses à la période secondaire et à la période tertiaire peut être confondue avec la tuberculose de ces organes.

L'hygroma syphilitique est indolent, de marche lente ; sans crépitation, il coïncide toujours avec d'autres manifestations cutanées, muqueuses ou viscérales de la vérole. Le traitement spécifique le modifie rapidement.

La gomme syphilitique des bourses séreuses donne à la palpation une sensation de fluctuation obscure comme l'hygroma hordéiforme ; mais elle ne crépite pas, apparaît chez un syphilitique avéré et guérit par le traitement spécial.

M. Demars rapporte l'observation d'une tumeur de la bourse de la patte d'oie, diagnostiquée gomme syphilitique.

Une ponction exploratrice donna naissance à un liquide jaunâtre. Au palper on sentit ensuite une crépitation neigeuse qui fit porter le diagnostic d'hygroma tuberculeux. L'incision montra les grains. L'examen histologique ne fut point pratiqué, mais on découvrit quelque temps plus tard un abcès froid au niveau de l'avant-bras et le malade mourut tuberculeux avéré.

Les tumeurs des bourses séreuses sont des affections rares ; presque toutes les observations se rapportent à des tumeurs de la bourse prérotulienne, la consistance de ces tumeurs est le plus souvent inégale, leur

*Umwandlungen bei chronische insbesondere tuberculosen hydrops fibrinosus (Archiv. f. Klin. chir. Bd. 47, p. 1891; p. 967).*

forme irrégulière, leur volume parfois énorme, leur ulcération fréquente et dès lors caractéristique. La crépitation fait défaut ; la ponction exploratrice lève les derniers doutes.

Cependant nous savons l'erreur possible : elle était surtout facile lorsque les hygromas tuberculeux étaient inconnus ; nous avons vu dans l'observation de Picaise que le diagnostic primitif était myxo-sarcome. Elle pourrait se produire d'autant mieux que l'hygroma siègerait dans une bourse séreuse anormale, mais nous n'avons point d'observation où cette erreur ait été signalée.

Telles sont les diverses affections avec lesquelles la tuberculose riziforme des bourses séreuses pourrait être confondue aux premières périodes de l'évolution. Plus tard lorsque l'hygroma tuberculeux hordéiforme s'ulcère, il doit advenir des bourgeonnements fongueux comme il en a été observé par Quénu, dans un cas où il était intervenu et comme on en observe dans les synovites riziformes ulcérées.

A ce stade la symptomatologie de l'affection se confond avec celle des autres formes ulcérées de la tuberculose des bourses séreuses et ne saurait, par conséquent nous intéresser dans son diagnostic.

## TRAITEMENT

Les complications locales ou générales, que peuvent entraîner les hygromas tuberculeux à grains riziforme, commandent un traitement curatif de ces affections.

Les moyens médicaux semblent insuffisants. Un malade traité par des douches froides et sulfureuses, des vésicatoires volants, de la teinture d'iode en badigeonnages ne pourra retirer aucun bénéfice de ces médications variées.

La compression prolongée ne semble pas avoir été appliquée dans les bursites hordéiformes. Dans les synovites de même nature, elle est inefficace. Il paraît en être de même dans les hygromas.

Le traitement chirurgical des hygromas tuberculeux s'est considérablement modifié depuis quelques années.

Autrefois l'incision simple était suivie, d'ordinaire, de suppuration légère, cette inflammation pouvait amener la guérison, comme Sydney Jones (1) l'avait constaté. Grave, elle pouvait entraîner une septicémie mortelle. Aussi la ponction simple ou suivie d'injection modificatrice était-elle le procédé de choix : Robert,

1. Sydney Jones, *loco citato*.

Gosselin l'avaient employée avec succès. Mais encore, cette intervention pouvait-elle entraîner des complications graves, et l'on ne lit pas sans frémir l'histoire du malade de Forget qui, après une ponction au trocart, suivie d'une injection de teinture d'iode, dans la bourse de la patte d'oie, eut une arthrite suppurée du genou avec des phénomènes septicémiques graves, et dut subir en définitive l'amputation de la cuisse. Dans l'observation que nous rapportons, il fut pratiquée une injection d'éther iodoformé suivant le mode employé dans le traitement des abcès par congestion, sans obtenir de modifications.

Actuellement, sous le couvert de l'asepsie, les interventions dirigées contre les hygromas tuberculeux, à grains riziformes, doivent être radicales. Le procédé de choix consiste à disséquer la bourse séreuse malade, à la séparer des régions voisines, comme l'on ferait d'une tumeur véritable, en passant au-delà des limites du tuberculome.

La réunion immédiate de la plaie est possible ; un drain de sûreté peut être appliqué : c'est à cette pratique que l'on s'arrêta chez notre malade, et le résultat a été parfait.

Mais il est bien probable, que, dans un grand nombre de cas, pareille conduite serait difficile ou impossible, par adhérences anormales, par contiguité dangereuse avec des organes importants, par diffusion du processus inflammatoire spécifique. Dans ces cas là, l'ouverture de la poche, l'évacuation des grains riziformes, et la destruction ou la modification immédiate

et profonde de la poche, soit par la curette tranchante, soit par le thermo-cautère, soit par le chlorure de zinc semblent des procédés de choix.

Si dans la cicatrice se reproduisaient des fongosités, on en poursuivrait la destruction par le feu ou les caustiques.

Ces interventions sont le plus souvent bénignes; l'état avancé d'une tuberculose viscérale, serait une contre-indication grave: dans tel cas, le danger est ailleurs que dans la bourse séreuse et par une intervention locale on s'exposerait à précipiter les accidents viscéraux sans que l'on puisse tirer profit de cette intervention locale.

Enfin, en face d'un hygroma tuberculeux à grains, l'on ne négligera pas de s'adresser au traitement général; chez un sujet atteint de tuberculose locale, il peut être d'un héroïque secours pour hâter la guérison opératoire et prévenir la récidence; il est le seul moyen thérapeutique à opposer à une généralisation.

## ÉTIOLOGIE

L'hygroma tuberculeux à grains riziformes est une tuberculose locale. Le sexe masculin est plus particulièrement atteint, dans la proportion de quatre hommes pour une femme, d'après le relevé des observations consultées. L'âge ordinaire est l'âge adulte ; de 20 à 35 ans en moyenne ; l'enfance n'en est pas exempte, témoin l'observation de Landon qui se rapporte à un enfant de 13 ans. Les professions rudes semblent y prédisposer, peut-être parce qu'elles exposent davantage aux traumatismes, ou nécessitent des excès fonctionnels des membres. Aussi rencontre-t-on parfois tel incident dans l'histoire des malades. Celui de Gosselin (1), qui présentait un hygroma sous-acromial hordéiforme, portait habituellement sur son épaule atteinte des paniers très lourds ; une autre malade atteinte de scoliose gardait un corset garni de béquillons : elle eut un hygroma à grains de la région deltoïdienne.

Dans la majorité des cas, nulle cause occasionnelle ne peut être directement invoquée ; et c'est tout insi-

1. Gosselin. *Chir. de la Charité*, 1869.

dieusement que se développe la tumeur, c'est souvent par hasard que la malade la découvre. Les traumatismes que le malade s'efforce à trouver à la genèse de son affection, ne prennent qu'après coup, et par un effet de pure imagination, de l'importance dans l'apparition de la maladie.

Ainsi, chez le malade dont nous rapportons l'observation, les chocs répétés de sa région péri-trochantérienne furent toujours si légers qu'ils n'obligèrent jamais le malade à interrompre son travail.

Ce n'est pas à dire que le traumatisme, dans cette tuberculose locale, ne puisse jouer le même rôle que dans les arthrites, les ostéites etc., comme la clinique l'enregistre, comme les expériences de Max Schuller l'ont prouvé définitivement.

Comme les tuberculoses locales l'hygroma tuberculeux à grains riziformes peut être et demeurer la seule manifestation de la diathèse bacillaire ; on peut le rencontrer chez les tuberculeux pulmonaires, comme chez le malade dont nous avons recueilli l'observation ; il peut apparaître après d'autres localisations de tuberculose, comme chez le malade de Campenon (1) qui présentait une ankylose du genou, reliquat d'une osté-arthrite suppurée. Mais souvent, l'hygroma hordéiforme, évolue seul, indépendant de toute autre manifestation tuberculeuse.

L'hérédité ancestrale est le plus souvent muette au point de vue de la tuberculose ; chez notre malade,

1. Richard. Th. Paris, 1896.

cependant, l'interrogatoire nous permit de découvrir que le père était mort bacillaire.

La plupart des bourses séreuses peuvent être le siège de l'hygroma à grains, qu'elles soient normales ou accidentelles.

Les bourses séreuses superficielles, exposées aux frottements ou aux chocs semblent plus vulnérables. La bourse sous-deltaïdienne est souvent atteinte Sydeney Jones (1), Gosselin (2), Robert Landow (3), Campenon (4). Celle de la patte d'oie Forget (5), Quénu (6), Demars (7), du psoas (Fiocher, Foucher) de la malléole externe (8) Reclus (9) sont désignées dans plusieurs observations.

La bourse du grand fessier était peut-être atteinte dans le cas de Nicaise; elle l'était dans celui dont nous rapportons l'observation.

1. Sydeney Jones. *The Lancet London*, 1869.
2. Gosselin. *Clin. de la Charité*, 1869.
3. Landow. *Arch. f. Klin. chir. Ad.* 47, p. 1894, p. 967.
4. Campenon. *Ch. Richard, Paris*, 98.
5. Forget. *Bull. soc. chir.* 1855, 56, p. 45.
6. Quénu. *Th. Pardo de Tavera*, 1886.
7. Demars. *Etudes experim. et clin., tub.* Verneuil, 1887, p. 239.
8. Medical. *Times and. Gazette* (1873) tome 11. p. 496.
9. Reclus. *Manuel path. externe*, t. I. p. 320.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

La première observation nette d'hygroma à grains est due à Forget qui en relata un cas siégeant dans la bourse séreuse de la patte d'oie; on en trouve l'exposé détaillé, dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie* de 1855; on fit d'abord une ponction, puis une incision qui malheureusement se termina par infection purulente.

Depuis lors un certain nombre de cas semblables se retrouvent dans la littérature médicale; tantôt on a pratiqué l'examen microscopique qui a presque toujours démontré la nature tuberculeuse de ces synovites; tantôt, l'histologie faisant défaut, l'évolution clinique s'est montrée conforme aux idées aujourd'hui admises; il en est ainsi pour l'observation très intéressante d'un malade opéré par Quénu et dont l'hygroma, à grains d'abord, devint fongueux s'accompagnant d'ailleurs de généralisation tuberculeuse.

Dans l'histoire anatomo-pathologique de l'affection qui nous occupe, le mémoire de Nicaise, Poulet et Vaillard, a une importance fondamentale puisqu'il rattache définitivement à la tuberculose toutes les synovites à grains hordéiformes. L'observation qui en fait

l'objet est intéressante à un autre titre : il s'agissait en effet, non pas d'une synovite tendineuse, mais d'un hygroma ayant avec celui que nous rapportons, plus d'une analogie « la tumeur (1) était située au-dessous du bord inférieur du grand fessier, entre l'aponévrose fémorale et les muscles vaste externe et portion externe du biceps. La paroi, très adhérente aux tissus sous-jacentes, était rougeâtre, molle, tomenteuse ; en plusieurs points elle était recouverte de dépôts d'un jaune clair, d'apparence fibrineuse et dont quelques-uns avaient le volume d'une amande ; ils furent enlevés avec la curette tranchante.

Il n'y avait pas de liquide dans le kyste, pas de pus fluide ni de pus concret, ni de matière caséuse, seulement des grains riziformes. La tumeur s'était développée dans le tissu cellulaire lâche situé à la face interne de l'aponévrose, ou peut-être avait-elle pris naissance dans une bourse séreuse située dans le bord inférieur du grand fessier.

Lorsqu'on fait une coupe de la paroi de ces kystes, on y trouve deux sortes des lésions d'un intérêt très différent puisque les unes ne représentent en somme que des processus de dégénérescence tuberculeuse banale, tandis que les autres sont tout à fait caractéristiques et donnent, nous le croyons du moins, une explication pathogénique de la présence des grains :

La coupe se compose de deux zones distinctes : une zone externe ; ici on trouve : des cellules embryon-

1. *Revue de Chirurgie*, 1885.

naires plus ou moins nombreuses, du tissu conjonctif fibrillaire avec des colorations propres à ce tissu. Au milieu de ces éléments, on rencontre par places des follicules tuberculeux composés d'une cellule géante entourée par une courbe de cellules épithélioïdes. La présence des bacilles de Koch est chose rare : dans l'observation de Nicaise, on en trouva :

Dans la nôtre, ils firent défaut ; de même, dans nombre d'autres cas, notamment dans l'observation d'arthrite du genou à grains, de Lejars et Labbé (1).

Abordons maintenant la partie intéressante de la poche, sa partie interne.

La partie (2) la plus superficielle de cette couche interne présente quelques différences suivant les points examinés. Parfois elle est formée uniquement par des faisceaux de fibrilles conjonctives ; ailleurs elle montre un mince liseré d'un rouge brun, homogène, vitreux, au-dessous duquel peut s'étaler une nappe hémorrhagique. C'est encore une épaisse bande de substance homogène ou granuleuse colorable d'une manière diffuse par le péro-carmin, ou presque incolore, offrant, de grandes similitudes avec la substance même des grains rigiformes, et au milieu de laquelle on distingue encore quelques vestiges d'éléments cellulaires nécrosés. Ces derniers aspects qui traduisent un des modes de mortification des tissus (nécrose de coagulation) paraissent être des plus communs.

1. Lejars et Labbé. *Revue de la tuberculose*, oct. 1896.

2. Nicaise. *loco-citato*.

Voici maintenant ce qu'a donné l'examen de cette portion interne dans notre cas :

Au niveau d'un grain riziforme sessile, représenté seulement par un léger relief de la surface du kyste, on trouve des « bandes vitreuses, amorphes, se colorant uniformément et assez fortement par les couleurs acides (éosine), non colorables par la thionine.

Par la fuschine phéniquée, on obtient la coloration qui convient aux tissus atteints de nécrose de coagulation (Weigert).

Ces bandes vitreuses sont séparées par quelques travées de tissu conjonctif présentant quelques noyaux plus ou moins irréguliers et mal colorés. Cette portion se détache en partie de la surface en formant une saillie dans la cavité de l'hygroma. »

Les grains ont, en général, la même composition que cette couche interne : ils semblent d'ailleurs en dériver directement ; au point de vue macroscopique, ils en dérivent certainement puisqu'on peut les trouver à différents états ; sessiles ; ce qui est le premier degré de la séparation ; pédiculés, ce qui est un pas de plus, et enfin, libres. Au point de vue histologique, la parenté est aussi très étroite, le grain étant constitué comme la portion superficielle de la paroi, par un tissu vitreux ayant les mêmes réactifs colorants. On sait que plusieurs théories ont été émises pour expliquer le mode de formation des grains.

L'opinion la plus accréditée est qu'il s'agit de fibrine coagulée. Wirchow admet une autre origine qui d'a-

près lui résiderait dans une prolifération conjonctive de la paroi.

« C'est plutôt, dit Nicaise, dans une modification très spéciale et différente de la paroi que l'on doit chercher l'origine des lambeaux membraniformes qui, par leur décollement et leur déroulement ultérieurs, serviront à constituer le grain riziforme.

Les diverses parois, en effet, au niveau de leur contour interne, présentent toujours, soit un liséré ou une bande continue d'épaisseur inégale, soit des masses irrégulières d'une substance qui par ses caractères objectifs rappelle très exactement celle des grains ; comme cette dernière, elle est homogène, parfois réfringente ou vitreuse, réagit d'une manière semblable vis-à-vis des agents colorants et se teint en rouge intense par le picro-carmin. Cette matière qui n'est pas de la fibrine, mais s'en rapproche par certains aspects, fait corps avec le tissu sous-jacent et parfois même se rencontre isolée dans les parties profondes de la paroi. La signification ne saurait être douteuse, elle est le résultat d'une nécrose particulière des éléments anatomiques en ces points, nécrose dont il est aisé de suivre les phases successives.

En résumé, il semble ressortir des considérations précédentes que les grains riziformes sont formés par l'enroulement des lambeaux nécrosés à la surface des kystes.

Cette notion repose d'une part sur une constatation directe, d'autre part sur l'identité de structure entre la substance des grains et celle des portions motifiées

de la paroi, enfin sur la présence au milieu de certains grains riziformes, d'éléments cellulaires ou de fibres conjonctives aussi bien conservés et aussi de figures rappelant la disposition fasciculaire. ».

C'est l'opinion à laquelle nous conduit l'examen histologique de notre hygroma ; il est donc vraisemblable que les grains sont composés de tissu ayant subi la nécrose de coagulation et non de fibrine ; d'ailleurs les réactions colorantes habituelles de la fibrine font défaut.

## CONCLUSIONS

I. — La synovite à grains riziformes, fréquente au niveau des gaines tendineuses, peut aussi se rencontrer dans les bourses séreuses.

II. — L'hygroma à grains de la bourse séreuse trochantérienne du grand fessier emprunte à la disposition anatomique de la région une physionomie particulière.

III. — Longtemps méconnus, ces hygromas ont pris une place bien définie dans le cadre nosologique, depuis l'important travail de Nicaise, établissant leur nature tuberculeuse : Ces grains proviennent très vraisemblablement de la paroi kystique.

IV. — Au point de vue symptomatique, l'hygroma à grains de la région trochantérienne peut se présenter sous forme de tumeur bilobée et réductible.

V. — Le traitement, qui convient le mieux, est l'extirpation large de la poche.

---

Vu par le Président de la thèse

PAUL BERGER

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- FORGET. — Hygroma à grains riziformes de la bourse séreuse de la patte d'oie (Bulletins de la Société de chirurgie, 1855-1856 p. 45).
- NICAISÉ, POULET ET VAILLARD. — Nature tuberculeuse des hygromas et synovites tendineuses à grains riziformes (Revue de chirurgie, 1855).
- QUÉNU. — Thèse de Pardo de Tavera (1886), obs. XII.
- MARTIN. — Contribution à l'étude des hygromas tuberculeux. (Thèse de Paris, 1890).
- PEUGNIEZ. — Tuberculose primitive de la bourse du jumeau interne. (Gazette médicale de Picardie. Août 1891).
- GORRÉ. — Beitrag zur Klin. chirurgie, obs. VII, 2, p. 293, 1891).
- LEJARS. — Tuberculose des bourses séreuses, (Revue de la tuberculose, 1893. Nos 1 et 2).
- LEJARS ET LABBÉ. — Arthrites à grains riziformes. (Revue de la tuberculose. Octobre 1896).
- DÉLORME. — Hygroma sous-deltôïdien. Bull. Soc. de chirurgie, 1894, p. 469.
- LANDOW. — Über die Bedeutung des Faserstoffes und seine Umwandlungen bei chronischer, insbesondere tuberculösen. Hydrops fibrinosus. Archiv. f. Klin. chir. Bd. 47 p. 1894, p. 967.
- J.-B. PETIT. — Hygroma trochantérien. Th. de Paris, 1891.







